FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

TRAVAIL DU LABORATOIRE CENTRAL DE RADIOLOGIE
ET DE LA CLINIQUE MEDICALE DE L'HOTEL-DIEU

PAR

André DEPAULIS

Né à Chatillon-sur-Seine, le 29 juillet 1895

Diagnostic radiologique des malformations congénitales du vagin par injection d'huiles opaques

Président : M. GILBERT, *Professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE
JOUVE ET Cie ÉDITEURS
15, Rue Racine, 15

1924

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA August
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
RAMI.....	Pathologie médicale
GLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
BERTIN....	Pathologie médicale.
SSET.....	Pathologie chirurgicale.
UDOUIN....	Pathologie médicale.
IET.....	Physiologie.
ANCHETIÈRE	Chimie biologique.
ANCA.....	Histologie.
ULÉ.....	Pathologie médicale.
SQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
DENAT.....	Pathologie chirurgicale.
AMPY.....	Histologie.
IRAY.....	Pathologie médicale.
ERC.....	Pathologie médicale.
BRÉ.....	Hygiène.
de JONG.....	Anatomie pathologique.
VOIR.....	Médecine légale.
ALLE.....	Obstétrique.
ESSINGER...	Pathologie médicale.
IX.....	Pathologie médicale.
RNIER.....	Pathologie expérimentale.
RVIER.....	Pathologie médicale.
ITZ-BOYER..	Urologie.
VELACQUE..	Anatomie.
YEUX.....	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
MUS.....	Physiologie.
UGEROT.....	Pathologie médicale.
ÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.

MM.	
OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale fantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale
TERRIEN.....	Cliniq. ophtalmologiqu

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique c l'adulte pour les accidentés du travail, mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
N.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opini émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées com propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni imp bation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE ET A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

AVANT-PROPOS

Au début de cette thèse nous tenons à exprimer notre reconnaissance et notre gratitude à tous les maîtres qui nous ont guidés dans nos études et nous ont fait profiter de leur savoir et de leur enseignement, en particulier à Monsieur le Professeur Gilbert, qui nous a permis d'utiliser les documents recueillis dans son service de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Nous remercions vivement notre ami, le docteur Lucy ,qui au Laboratoire central de radiologie, nous a fourni les principaux éléments de ce travail.

INTRODUCTION

Les vices de conformation des organes génitaux de la femme, ont donné lieu à des recherches nombreuses et approfondies tant en France qu'à l'étranger.

Les mémoires de Debierre, de Legay, de Tourneux. de Kœlliker, de Pozzi, ont éclairci et mis au point une question qui avait été longtemps controversée. Dans leurs travaux, ces auteurs ont envisagé les malformations congénitales du vagin surtout aux points de vue pathogénique, anatomo-pathologique et thérapeutique.

Le diagnostic, en raison de sa simplicité habituelle, n'a fait l'objet d'aucune étude spéciale et à l'heure actuelle, le toucher vaginal et le toucher rectal combinés sont à peu près les seuls moyens dont on dispose pour l'établir.

Cependant, si ce diagnostic est le plus souvent facile, il peut présenter quelquefois de réelles difficultés, soit que des considérations extra-médicales

(hymen à respecter), limitent les procédés d'exploration classiques, soit que les malformations, par leur nature même, ne permettent pas un examen suffisant des voies génitales.

C'est dans quelques-uns de ces cas, très rares d'ailleurs, où le diagnostic reste hésitant ou incomplet, qu'il est possible d'obtenir un complément d'information par l'image radiologique du conduit vaginal après injection d'huile opaque dans sa cavité.

Dans ce travail, qui repose sur un cas de cloisonnement transversal, nous ferons un exposé rapide des malformations congénitales du vagin en général.

Nous rappellerons brièvement la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie de ces affections.

Enfin nous étudierons dans quelles conditions le diagnostic peut être précisé et l'intervention guidée plus surement, par cette nouvelle méthode d'examen.

EMBRYOLOGIE ET PATHOGENIE

Pour bien comprendre les diverses malformations que peut présenter le vagin, il est indispensable de connaître la formation et l'évolution embryologique de cet organe.

Jusqu'au 3e mois de la vie intra-utérine, le développement des organes génitaux urinaires est le même pour les deux sexes.

L'appareil primitif est constitué de la façon suivante :

1° Les deux corps de Wolff, situés de chaque côté de la colonne vertébrale, qui disparaîtront à la fin du 2e mois.

2° Les canaux de Wolff, en dehors des précédents;

3° Les canaux de Müller, qui cotoient extérieurement les canaux de Wolff;

4° Le sinus uro-génital, qui constitue la portion antérieure d'une cavité, le cloaque interne, communiquant en avant avec l'allantoïde, en arrière avec le rectum.

Les canaux de Müller et de Wolff descendent côte à côte vers la partie inférieure de l'embryon et débouchent dans le sinus uro-génital après avoir subi un entrecroisement qui amène les canaux de Müller en dedans des canaux de Wolff.

L'ensemble des quatre canaux, entourés d'une gaine conjonctive forme à ce niveau le cordon de Thiersh.

Le ligament de Hunter qui deviendra plus tard le ligament rond et qui s'insère sur le canal de Müller, un peu au-dessus du cordon de Thiersh sépare deux régions qui donneront naissance à des organes différents: les trompes en haut, l'utérus et le vagin en bas.

Chez le fœtus femelle, le canal de Wolff s'atrophie tandis que le canal de Müller se développe activement

pour former la plus grande partie des organes génitaux.

Cependant, contrairement à ce qui a été admis pendant longtemps, le vagin ne dérive pas uniquement du canal de Müller. Pour Retterer la portion haute du vagin, celle qui est en rapport avec le bas-fond de la vessie et le segment supérieur de l'urèthre, a bien une origine müllerienne, mais la portion basse, celle qui répond au segment inférieur de l'urèthre, résulte comme celui-ci du cloisonnement du sinus uro-génital.

Ce dernier, en effet, se divise en deux parties distinctes par un éperon qui prend naissance au point d'abouchement des deux canaux de Müller et qui en descendant, cloisonne la cavité.

De la partie antérieure dérive l'urèthre inférieur, de la partie postérieure, le vagin inférieur.

Cette théorie permet d'expliquer la présence d'un rudiment de vagin alors que le système müllerien est totalement absent, partant qu'il n'existe ni trompes, ni utérus.

Tandis que ces transformations s'opèrent dans la partie inférieure du conduit utéro-vaginal, le cordon de Thiersh se modifie profondément.

Les deux canaux de Müller se rapprochent progressivement, s'accolent, puis se fusionnent par la résorption de bas en haut (Pozzi) de la cloison mi-

toyenne. Ainsi se constituent l'utérus et le vagin supérieur.

La formation de l'hymen a été diversement interprétée. Pour les uns (Budin, Charpentier), l'hymen ne serait que la partie terminale du vagin venant faire saillie dans la vulve. Pour les autres (Pozzi), cet organe dériverait de la vulve et non du vagin; l'hymen existant quelquefois alors que le vagin est totalement absent.

En résumé:

Les deux canaux de Müller, dans leur portion située au-dessus du ligament de Hunter restent indépendants et forment les trompes de Falloppe.

Dans le cordon de Thiersh, les deux canaux de Müller se fusionnent pour former l'utérus et la partie haute du vagin.

La partie basse du vagin se forme par le cloisonment du sinus uro-génital.

Au cours de cette évolution si complexe, le travail de formation des organes génitaux peut être modifié, entravé ou altéré dans toutes ses parties. Qu'il s'agisse d'arrêt de développement, disposition probablement la plus fréquente ou de lésions dues à des accidents pathologiques du fœtus, il peut se produire de nombreuses malformations que nous allons étudier.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ces malformations peuvent se ramener à deux grandes classes:

1° Les absences de vagin;

2° Les cloisonnements du vagin.

Absence de vagin.

a) *Absence totale.*

Ces cas sont rares.

Il faut ainsi que le fait Pozzi distinguer deux états anatomiques différents:

Tantôt il n'existe nulle trace de tissu entre la vessie et le rectum qui sont accolés: le vagin est alors réellement absent.

Tantôt le vagin existe, mais sa cavité est comblée entièrement par du tissu fibreux. Cet état connu aussi sous le nom de développement rudimentaire est plus fréquent que le précédent.

b) *Absence partielle.*

Cette forme peut offrir diverses variétés:

1° *L'absence partielle antérieure,* dans laquelle l'extrémité inférieure du vagin est absente;

2° *L'absence partielle postérieure,* la plus fréquente où seule manque la partie du vagin qui est en rapport avec l'utérus;

3° *L'absence partielle intermédiaire,* variété excessivement rare, où le vagin normal en haut vers l'uté-

rus, normal en bas vers la vulve, serait oblitéré à sa partie moyenne.

Dans tous ces cas d'absence totale ou partielle du vagin, l'utérus peut être normal, quelquefois absent, le plus souvent atrophié ou présentant diverses anomalies.

Cloisonnements du vagin:

1° Cloisonnement longitudinal.

Le cloisonnement longitudinal du vagin est du à la persistance de la cloison qui sépare les deux canaux de Müller.

Celle-ci peut être *totale:* la cloison s'étend de l'utérus qui est généralement double à la vulve. Les deux vagins sont accouplés en canons de fusil, souvent égaux, quelquefois inégaux, le plus petit pouvant passer inaperçu, lorsque la disproportion est très marquée.

Elle peut être *partielle:* la cloison n'occupe alors qu'une partie de la longueur du vagin soit en haut entre deux cols, soit en bas au niveau de l'orifice inférieur.

Dans quelques cas, la cloison semble tordue en hélice (observation de Breyski in Deutsche Chirurgie) de telle sorte que l'un des conduits semble s'enrouler autour de l'autre pris comme axe.

2° *Cloisonnement transversal.*

Les cloisons transversales sont souvent incom-

plètes et forment alors des rétrécissements plus ou moins serrés.

Lorsqu'elles sont complètes, elles forment un diaphragme véritable présentant quelquefois un pertuis central ou deux pertuis latéraux.

Leur siège est variable; le plus souvent, elles occupent la partie moyenne ou la partie supérieure du vagin.

Ordinairement uniques, elles peuvent être multiples, s'étager sur une hauteur variable du vagin et être rapprochées plus ou moins les unes des autres: ce sont ces cas qui ont été décrits parfois comme des cas d'hymens surnuméraires.

Quelquefois très minces, d'autres fois extrêmement résistantes, leur épaisseur ne suffit pasà les différencier de la membrane hyménale.

La cause de ces anomalies est encore très discutée: Wœrner les attribue à la persistance des replis épithéliaux formés pendant la vie intra utérine; Breisky en ferait des restes d'une inflammation fœtale due à une infection quelconque. Pour Aschenauer, les rétrécissements siégeant à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, auraient pour origine un développement trop hâtif du plancher pelvien qui viendrait étrangler le vagin.

Au cloisonnement transversal, on peut rattacher:

a) *Les brides du vagin,* qui ne seraient autres que des vestiges de cloisons transversales;

b) *L'imperforation de l'hymen* qui n'est pas une imperforation à proprement parler, mais plutôt une oblitération, due peut-être à des vulvo-vaginites intra utérines.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans les différentes variétés de malformations congénitales du vagin que nous venons d'examiner, les symptômes dépendent non seulement du siège et de l'étendue de la steniose qu'elles déterminent, mais surtout du diamètre du canal perméable que celle-ci laisse libre.

Les atrésies vaginales ne se manifestant le plus souvent que par la rétention du sang des règles qu'elles occasionnent, c'est aussi la symptomatologie de cette affection que nous envisagerons ici.

Avant la pubertéé, ces anomalies ne donnent lieu en général à aucun symptôme. Ce n'est que lorsque la menstruation est établie que les troubles devien-apparents.

Dans le cloisonnement longitudinal, la rétention n'existe presque jamais, le sang mensturel trouvant sa voie libre soit par l'un soit par l'autre des vagins, soit par les deux à la fois. Ce ne serait que dans les cas de vagin borgne unilatéral que des accidents de rétention pourraient se produire.

Dans le cloisonnement transversal, le déversement

des premières règles dans le vagin ne donne lieu au début à aucun symptôme caractéristique. Ce n'est qu'au bout d'un temps assez long, des mois ou des années, lorsque le sang sans cesse accumulé a distendu le vagin jusqu'à sa limite d'extension, qu'apparaissent les symptômes typiques.

Les signes fonctionnels sont très variables. Si l'oblitération est totale, il y a aménorrhée. Si l'oblitération n'est pas absolue, on n'observe que des phénomènes de dysménorrhéée.

La douleur est un symptôme constant: à forme de coliques expulsives, siégeant à la partie inférieure de l'abdomen, elle peut être plus ou moins violente, continue ou intermittente, subissant le plus souvent une recrudescence au moment des crises cataméniales.

Des troubles urinaires peuvent s'observer: dysurie, rétention.

Lorsque l'oblitération est absolue et la tumeur suffisamment développée, des phénomènes de réaction péritonéales peuvent apparaître: sensibilité abdominale, nausées, vomissements.

Enfin les troubles psychiques sont fréquents et se traduisent par la neurasthénie, l'hypocondrie, les idées de suicide.

Les signes physiques sont assez nets:

Le sang accumulé dans la partie supérieure du

vagin forme une tumeur arrondie, perceptible par le palper abdominal et par le toucher rectal, qui augmente et se tend à chaque période menstruelle. Cette tumeur qui atteint parfois un volume considérable, repousse l'hymen en bas, comprime la veine et l'urèthre en avant, le rectum en arrière et soulève l'utérus qui coiffe son pôle supérieur: c'est l'*hématoeolpos.*

Si la rétention, au lieu de se faire uniquement dans le vagin, occupe l'utérus, il y a *hématométrie.*

Si elle occupe les trompes, il y a *hématosalpynx,* la tumeur étant de plus en plus grosse, pouvant atteindre l'ombilic, parfois le dépasser.

Si les malformations du vagin n'apportent aucun obstacle à l'écoulement menstruel, elle peuvent ne se manifester par aucun symptôme. Ce n'est que lors des premiers rapprochements sexuels qu'elles révèlent leur présence en rendant le coït impraticable, ou bien si le degré de stenose est peu marqué, ce n'est qu'encore plus tard, au moment de l'accouchement qu'elles se manifestent en devenant une cause de dystocie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des malformations congénitales du vagin est établi dans la majorité des cas, sans qu'il soit besoin de recourir à d'autres moyens d'explora-

tion que les procédés classiques: toucher vaginal, toucher rectal, cathétérisme vésical, palper abdominal.

L'absence du vagin est généralement facile à reconnaître.

Pendant qu'un doigt est dans le rectum et qu'un cathéter métallique est dans la vessie, on peut reconnaître tous les détails du vice de conformation.

Si la sonde et le doigt se touchent immédiatement sur une grande longueur, il s'agit d'une absence totale. S'ils restent séparés par une cloison assez épaisse et n'arrivent à se juxtaposer qu'à une assez grande distance de l'anus, on a affaire à un développement rudimentaire.

Cependant, il faut savoir qu'un hymen imperforé peut aisément se confondre avec une absence du tiers antérieur du vagin, surtout s'il n'existe pas d'hématocolpos derrière celui-ci pour en révéler l'existence.

Les cloisonnements longitudinaux passent souvent inaperçus, le sang menstruel s'écoulant librement et ne déterminant aucun trouble.

Le procédé de choix pour l'exploration de ces vagins, est le toucher bidigital : l'index et le médius de la main droite étant introduits simultanément dans chacun des vagins, la cloison est nettement perçue et sa longueur et son épaisseur bien appréciées.

Si le toucher vaginal est impossible ou s'il ne permet pas d'atteindre la limite supérieure de la cloison, une injection de permanganate poussée dans un des conduits montrera facilement s'il y a communication ou non entre les deux vagins.

Le diagnostic différentiel peut être délicat dans les cas de vagin borgne unilatéral compliqué d'hydrocolpos, d'hématocolpos ou de pyocolpos; la confusion avec les kystes du vagin a été parfois observée (Guinard).

Les cloisonnements transversaux sont ceux qui offrent la symptômatologie la plus riche, mais ce gnostic topographique parfois extrêmement marquées.

Le toucher rectal et le toucher vaginal combinés au palper abdominal permettront dans bien des cas de se rendre compte de la disposition et de la nature des lésions qui entravent l'écoulement des règles ; mais dans d'autres cas, surtout s'il existe des cloisonnements multiples, étagés les uns derrière les autres, ces procédés d'exploration ne donnent que des résultats insuffisants.

Quelquefois un vaginisme intense simule une atrésie et on peut être obligé pour pratiquer un examen complet, de recourir au sommeil anesthésique.

Cependant pour être précis, un diagnostic ne doit pas seulement se borner à déterminer la variété de malformation qui est en cause, absence en cloison-

nement. Les dimensions, la profondeur surtout, la direction du vagin sont autant de renseignements qu'on s'efforcera d'obtenir avant toute intervention, pour ne pas opérer à l'aveugle, risquer de faire fausse route et blesser la vessie ou le rectum. Ces indications sont d'autant plus difficiles à déterminer que très souvent l'atrésie des organes malformés ne permet pas de pratiquer le toucher vaginal.

De même que dans les sténoses de l'œsophage, du pylore, de l'intestin, on ne saurait se passer de la radiologie pour établir ou confirmer le diagnostic, de même, dans les sténoses de l'appareil génito-urinaire, l'examen radiologique, lorsqu'il est possible, ne peut que fournir de précieuses indications.

Les procédés radiologiques à employer sont les mêmes dans les deux cas; ils consistent à rendre opaque aux rayons X la cavité d'un organe creux. Le liquide opaque, bouillie barytée pour l'appareil digestif est représenté par l'huile iodée qui joue exactement le même rôle dans l'exploration de l'appareil génito-urinaire.

LES HUILES IODEES EN RADIOLOGIE

Depuis plusieurs années déjà, les huiles iodées sont couramment employées en thérapeutique, mais ce n'est que tout récemment qu'elles ont pris une place importante en radiologie.

Tenant de 20 à 40 p. 0/0 d'iode à l'état organique, dépourvues de toute causticité, s'éliminant très lentement, parfaitement tolérées par tous les tissus, surtout par les épithéliums, ces huiles sont opaques aux rayons X et nettement visibles à la radioscopie et à la radiographie.

Ces propriétés intéressantes furent mises en lumière par le professeur Sicard qui les appliqua tout d'abord aux affections de la moelle épinière: exploration de la cavité sous arachnoïdienne et diagnostic topographique des tumeurs intra-rachidiennes ; localisation des compressions médullaires du mal de Pott et du cancer vertébral par injection de lipiodol dans l'espace épidural.

Actuellement le champ d'action de cette méthode d'examen radiologique s'étend considéérablement et elle est de plus en plus utilisée comme moyen d'investigation et de diagnostic:

Soit pour obtenir les images des arborisations bronchiques jusqu'aux plus fines ramifications, soit pour suivre le cours de certains canaux comme les canaux lacrymaux, soit pour déceler certains trajets fistuleux, certains abcès par migrations.

Il nous a semblé que dans certains cas de malformations du vagin, en particulier dans celui que nous allons relater (cloisonnement transversal), l'injection d'huile iodée dans la cavité vaginale, par un petit pertuis pratiqué dans le cloisonnement, per-

mettrait d'obtenir des images radiographiques, montrant la forme, la direction, les dimensions de l'organe à explorer, tous ces renseignements étant souvent difficiles à obtenir par les simples procédés classiques.

Etant donné l'extrême rareté des malformations congénitales du vagin, il ne nous a été possible jusqu'alors d'employer cette méthode que dans un seul cas, mais celui-ci nous a paru particulièrement démonstratif, tant au point de vue des renseignements anatomiques que la radiologie à fourni, qu'au point de vue des indications opératoires qu'elle a précisée.

Nous relatons ici l'histoire de cette malade qui, avant d'être examinée à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Gilbert, fut traitée, quatre ans auparavant, pour des accidents de rétention des règles, à l'hôpital de Saint-Denis.

(*Observation due aux docteurs Macé et Dassonville.*)
Jules Macé : Contribution à l'étude de la rétention des règles. Thèse de Paris.

Mlle G..., 17 ans, Saint-Denis (Seine).

A l'âge de 13 ans, la malade a ressenti une douleur sourde, diffuse dans toute la région abdominale, qui dura environ une heure.

Depuis cette époque, elle ne souffrit plus que de vagues malaises de temps à autre, jusqu'à l'âge de 17 ans, en avril 1918, date à laquelle elle éprouva de violentes

douleurs au niveau de la région sus-pubienne, de la fosse iliaque et du flanc droits, douleurs sourdes continues, avec parfois des crises plus aiguës.

Elle présentait également des troubles de la miction et malgré ses efforts, l'urine ne coulait que goutte à goutte ou pas du tout.

Le médecin de la famille consulté, la sonda et ordonna de la poudre d'ovaires pour faciliter la menstruation.

Un mois plus tard, en mai 1918, nouvelle crise de douleurs et de rétention d'urine, qui obligea la malade à consulter de nouveau son docteur. Celui-ci pratiqua encore une évacuation de la vessie, prescrivit la même indication et conseilla des bains.

Le traitement fut inefficace et les crises se succédèrent à intervalles réguliers de 28 jours. La difficulté d'uriner persista également mais sans rétention complète d'urine.

En janvier 1919 survint une crise plus violente encore que les précédentes, avec rétention d'urine. La malade retourna une troisième fois près de son médecin auquel elle fit remarquer la présence d'une grosse tumeur dans le bas-ventre et une autre plus petite, qu'elle pouvait prendre, disait-elle, dans sa main, au niveau de la fosse iliaque droite.

Elle fut encore sondée, examinée complètement et on songea à l'appendicite.

L'état resta sans changement jusqu'à la fin de mars 1919, date à laquelle la crise fut si violente que la malade parla de se suicider. Elle fut alors admise à l'hôpital de Saint-Denis avec le diagnostic d'appendicite.

A l'examen de l'abdomen, la palpation révélait l'existence d'une grosse tumeur, à contours arrondis, à concavité inférieure, s'élevant jusqu'à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic. Au dessus d'elle, on sentait une autre petite tumeur de consistance ferme, sensiblement plus volumineuse qu'un utérus normal et qui était sans aucun doute l'utérus distendu.

A droite, au niveau de la fosse iliaque, se trouvait une troisième tumeur ,encore plus petite et qui était la trompe droite, présentant les dimensions d'une petite orange.

A l'examen local, une membrane blanchâtre, de consistance fibreuse ayant 6 centimètres de diamètre, bombait à l'entrée de la vulve dont les grandes et les petites lèvres étaient normalement conformées. On sentait au doigt la présence du liquide derrière cette membrane.

Le toucher rectal décelait l'existence d'une tumeur kystique, en avant du rectum.

On fit le diagnostic d'hématocalpos et la malade fut transportée à la salle d'opérations.

Soins préparatoires habituels. Incision étroite de la membrane. Un jet de sang brun chocolat s'échappa ; puis l'écoulement devint plus lent. En exerçant une pression lente et progressive sur l'abdomen, les organes dilatés s'affaissèrent et successivement disparurent la tumeur la plus volumineuse, qui était le vagin distendu, celle qui la surplombait, qui était l'utérus augmenté de volume et enfin la plus petite, qui représentait la trompe droite.

L'incision de l'hymen fut prolongée légèrement et quand l'écoulement sanguin eut cessé, une injection

de deux litres d'eau bouillie fut faite. Le toucher rectal pratiqué ne permiu pas de trouver l'utérus.

Soins consécutifs: infection vaginale avec la solution Tarnier pendant 4 jours.

Température normale ; pouls à 72.

La malade guérie quitta l'hôpital le 12 avril 1919.

A partir de ce moment, les menstruations, qui duraient environ cinq jours, devinrent régulières sauf un seul mois où elles apparurent deux fois.

Un an après l'intervention, *en février* 1920, la malade fut revue à l'hôpital de Saint-Denis et examinée de nouveau.

Aucun trouble fonctionnel.

Les règles étaient toujours normales. Le méat était entouré d'une membrane dentelée d'incisures radiales ou de plis radiés de muqueuse. L'hymen rétracté laissait voir une cloison transversale qui fermait en bas le vagin. Cette membrane épaisse, bien isolée de l'hymen était percée d'un très petit orifice, par lequel on pouvait voir couler le sang des règles et qui fut dilaté avec des bougies de Hégar. Mais en dehors des périodes menstruelles, il était impossible de déceler la présence de ce peruis et la cloison paraissait imperforée.

En mai 1923, un nouvel examen fut pratiqué. La vulve était bien réduite définitivement. Les lèvres étaient normales. Le méat apparaissait au centre d'une fine collerette muqueuse incisée radiairement. Le vagin était obturé à sa partie inférieure par une membrane présentant plusieurs étroits pertuis borgnes et cette membrane elle-même se cachait derrière un rideau muqueux en forme de languettes disposées en étoile et adhérentes par places.

Toutes ces languettes écartées, les moindres orifices, en l'absence des règles, furent explorés sans résultat.

Le 4 juin 1923, à la fin des règles, la vulve présentait à peu près le même aspect. La toux ne faisait rien venir. Le rire faisait gonfler la languette inférieure droite qui recouvrait la muqueuse fermant en bas le vagin. Une fois turgescente, en forme de cône, cette languette s'écartait en dehors, puis une légère quantité du sang des règles s'échappait à son sommet en filant par une pente de 1/2 à 3/4 de millimètre de longueur, à peine visible et à bords étroitement accolés au repos.

Efforts infructueux pour y introduire un hystéromètre.

Le 8 juin, la languette ayant été mal repérée, l'orifice ne fut retrouvé qu'après de longues recherches.

Quatre stylets très fins gradués, y furent introduits successivement. Une fine sonde cannelée dans la gouttière de laquelle fut glissé le plus fin des stylets permit la dilatation forcée de l'orifice, en écartant progressivement les deux instruments l'un de l'autre, après leur introduction dans la fistule.

Le 9 juin 1923, une nouvelle dilatation de l'orifice permit d'introduire dans le vagin le plus fin numéro de sonde en caoutchouc.

C'est dans ces conditions que cette malade fut amenée, par le docteur Dassonville, au laboratoire radiologique central et de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Les accidents de rétention n'existant plus, les règles étant normales, les phénomènes douloureux ayant disparu complètement, il n'était pas question de récidive et une intervention urgente ne s'imposait pas. La jeune fille devant se marier prochainement, il s'agissait de savoir s'il existait un vagin de profondeur et de conformation normales, pouvant permettre un coït complet et si le cloisonnement vertical qui fermait en bas la cavité vaginale sans s'opposer toutefois à l'écoulement des règles, était bien l'unique cloisonnement. Nous avons vu, en effet, en étudiant l'anatomie pathologique des malformations congénitales du vagin, que les cas de cloisonnements multiples étaient assez fréquents, qu'ils donnaient lieu parfois à des surprises poératoires désagréables et qu'il importait d'en faire le diagnostic, autant qu'il était possible ,avant de pratiquer une intervention chirurgicale.

Dans une première séance, une tentative fut faite pour injecter l'huile iodée par la sonde en gomme introduite dans le pertuis du cloisonnement transversal, à l'aide d'une seringue de grande contenance dont l'embout s'adaptait à l'extrémité inférieure de cette sonde. Etant donné le peu de fluidité de l'huile iodée, une très petite quantité seulement put pénétrer dans la cavité. Une radiographie fut faite après cette manœuvre, mais l'image ne donna aucun renseignement.

Le lendemain, cette technique fut un peu modifiée. Dans un premier temps, la membrane obturante fut incisée sur la sonde cannelée depuis son milieu jusqu'à l'orifice qui avait été dilaté les jours précédents. Cette membrane était épaisse, résistante, élastique et le bistouri ne l'entamait que difficilement. L'incision

permit d'introduire une autre sonde en gomme de calibre n° 16.

La malade étant placée sur la table d'examen radiologique, 40 centimètres cubes de lipiodol furent injectés sous le contrôle des rayons X, au moyen d'une seringue munie d'un embout de Calot.

L'injection fut faite sans peine et la progression de l'huile iodée dans la cavité vaginale, qu'on pouvait suivre nettement sur l'écran, montrait cette cavité en forme de cœur de carte à jouer.

D'après cet aspect, on pouvait penser qu'il existait une deuxième membrane en arrière de la première, la projection antéro-postérieure de la cavité qui venait d'être injectée ne semblant pas avoir plus de 4 centimètres de profondeur, tandis que la largeur au contraire était d'environ 6 centimètres.

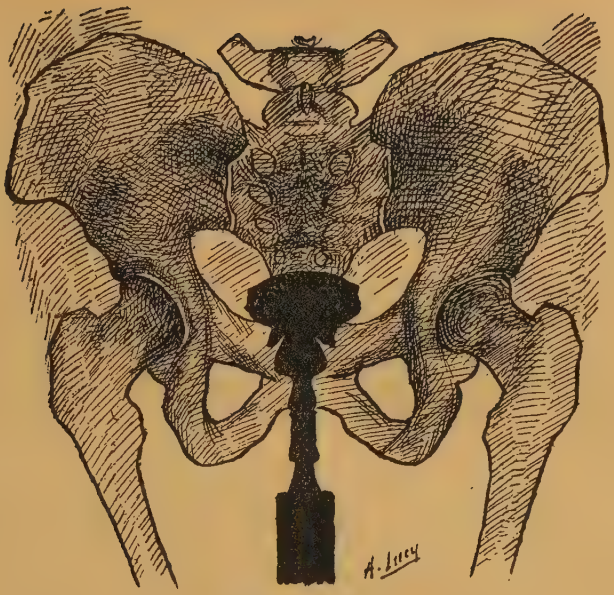
A ce moment, des radiographies furent faites qui conduisirent à interpréter les résultats d'une façon différente.

Ci-dessous les schéma des radiographies qui furent obtenues :

1° Une vue antéro-postérieure, la malade étant couchée sur le dos, la seringue et la sonde restant en place pour empêcher l'écoulement du liquide au dehors.

2° Une vue de profil, la hanche droite de la malade étant appliquée contre la plaque.

Si la radiographie en vue de face, montre comme à la radioscopie une image permettant de supposer, soit qu'il existe un second cloisonnement derrière le premier, soit que le vagin est réduit à des très faibles proportions quant à sa profondeur, la radiographie en vue



Vue de face
(Schéma d'après la radiographie)

Vue de profil
(Schéma d'après la radiographie)

de profil montre au contraire un vagin de profondeur normale, mais présentant une très forte rétroflexion et formant avec le plan horizontal un angle de 40° environ.

De sorte que la projection antéro-postérieure ne donne qu'une image en raccourci de cette cavité vaginale cependant bien conformée et qu'il est nécessaire d'interpréter la radiographie en vue de profil pour ne pas porter un diagnostic erroné.

A la suite de ces constatations, une petite intervention pratiquée par le docteur Dassonville eut pour résultat une réfection parfaite des voies génitales et les manœuvres de dilatation consécutives furent suffisantes pour permettre à la malade de se marier peu après.

Le 18 *juin* 1923. Un spéculum de Killian, distendant l'orifice qui avait été agrandi le 10 juin précédent, fut introduit dans le vagin.

La cloison se tendait à la périphérie en un repli blanchatre qui fut sectionné aux ciseaux, le plus loin possible.

Le spéculum ouvert en grand, trois replis semblables furent incisés radiairement.

Une dilatation d'une demi-heure avec un spéculum étroit, permit de pratiquer le toucher vaginal, qui confirma les renseignements fournis par la radiologie et permit de se rendre compte de l'état des organes génitaux internes.

Le col de l'utérus, fixé, dur, très gros, métritique, dirigé en arrière, présentait une pente transversale comme chez une multipare.

Le vagin, très élargi, semblait céder sous le doigt latéralement et en haut surtout du côté droit, mais conservait néanmoins une certaine souplesse.

Le cul de sac postérieur très profond donnait à la cavité vaginale une longueur de 7 à 8 centimètres pouvant atteindre facilement 9 à 10 centimètres par refoulement.

L'utérus n'était pas aplati, mais arrondi, plus gros que normalement insensible et presque fixé en forte antéversion.

Le 19 *juin* 1923, première injection chaude au permanganate.

Le col n'était pas visible au spéculum, en raison de sa position fixe en antiversion.

Les injections, poursuivies pendant 8 jours, firent disparaître les signes d'une ancienne métrite attribuée à l'écoulement lent et incomplet des menstrues.

L'examen de la cavité vaginale, tel qu'il a été pratiqué chez cette malade, ne saurait toutefois être applicable à tous les cas de cloisonnement transversal.

Même avec la classification que nous avons adoptée, les variétés de malformations congénitales du vagin sont si nombreuses, qu'il est impossible de préciser les indications de la radiologie pour chacune d'elles.

La principale indication serait une disposition des voies génitales telle que l'huile iodée puisse non seu-

lement être injectée dans le vagin, mais encore y être retenue et ne pas s'écouler au dehors.

Si nous n'avons pu employer jusqu'alors cette méthode d'examen que dans un seul cas, il nous semble cependant qu'elle pourrait être étendue à d'autres variétés de malformations congénitales et même à bien des cas de malformations acquises, toutes les fois que l'exploration par les moyens habituels rencontre des difficultés ; qu'il s'agisse soit d'atrésies transitoires, spasmes du vagin, œdème périnéal des albuminuriques, soit de stenose d'origine mécanique, déchirures du périnée, soit de stenoses d'origine infectieuse, blennorragie ou syphilis, soit même de communications vesico-vaginales ou vagino-rectales.

CONCLUSIONS

1° Dans certains cas de malformations congénitales du vagin, en particulier dans les cas de cloisonnement transversal, l'examen radiologique de la cavité vaginale est possible par l'injection dans celle-ci d'huile iodée.

2° Cette injection peut se faire facilement en introduisant à travers la membrane obturante soit une sonde, soit un trocard.

3° L'injection d'huile opaque doit être faite sous le contrôle radioscopique.

4° Il est nécessaire, pour se rendre compte de la forme exacte et de la profondeur de la cavité vaginale, de faire des radiographies de face et de profil.

5° Avec les simples précautions d'asepsie usuelle, cette méthode paraît douée d'une innocuité absolue.

Vu: le Président de la thèse,
GILBERT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL